

11/24/2004

致 的家庭：

事關：

尊敬的客戶家庭：

您曾提出申請，希望從 2004 年 7 月 1 日起開始獲得發展殘障服務處(DDD)提供的家庭幫助服務。我們特發此信，對您的申請作出回覆。

發展殘障服務處已獲得聯邦政府的批准，於 2004 年 4 月 1 日開始實施四項新的家庭與社區服務(KHCBS)替代計畫。這些新計畫已取代原來的社區另選計畫(CAP)。為了使您的家庭成員能繼續獲得服務，已將其安置在四項新的替代服務計畫之一。您將繼續有資格獲得現已批准的如下家庭幫助服務，直到您的照顧服務替代計畫(POC)開始為止。新的照顧服務替代計畫之開始日期將作為您的服務計畫週年日。

我將於 2005 年 4 月之前安排與您會面，以便為您的家庭成員制定一項照顧服務計畫，並明確新的替代計畫如何滿足您的需求。當您的照顧服務計畫開始生效後，對家庭幫助服務項目之批准方式將有一些變化。

- 主要的變化如下：根據聯邦政府的條例規定，對所有服務費用之付款都必須直接支付給服務提供機構或服務提供者，而不再批准為接受服務的家庭報銷其支付的服務費用。
- 儘管將有某些變化，新的替代計畫將繼續提供現有的家庭幫助服務計畫中所包括的服務項目，例如替代看護、治療及其他的幫助服務。
- 如果您目前在領取州輔助津貼付款(SSP)，參加新的替代計畫則不會影響您繼續從發展殘障服務處獲得州輔助津貼付款；而且，祇要您的家庭成員有資格領取社會安全保險金，您就能繼續領取上述付款。

為了確定您目前所需的服務補助金，本處審閱了：

- 您對家庭幫助服務之申請，
- 發展殘障服務處的家庭幫助服務計畫之規定條例，
- 發展殘障服務處預算範圍內可以提供的家庭幫助服務計畫資金。

審批結果如下：

(1) 您對服務的需求程度為： _____

(2) 根據家庭幫助服務計畫之規定條例，您家有資格獲得的服務補助金為：

隨附說明，解釋關於家庭幫助服務補助金的使用規定。請仔細閱讀。請注意：這些規定僅在您的照顧服務計畫開始之前適用。如果您有任何疑問，請打電話向您的個案/資源管理員詢問。

1. 如果您無資格領取州輔助津貼付款，則必須在獲得服務之前得到您的個案管理員批准。祇有這樣，發展殘障服務處才能支付這類以機動經費資助的服務之費用。
2. 請填寫隨附的家庭幫助服務計畫與日誌，並儘快寄回給本處。

3. 副本由您保存，以供日後查閱。

您每月使用的服務補助金額和服務類別可以逐月變化，前提是發展殘障服務處在十二個月內所支付的服務費用總額不超過第 2 行所列的金額。

對於您提出的家庭幫助服務申請，如果您認為本處的處理決定有誤；或者您還有其他資訊，並認為由於這些資訊而有必要改動第(1)行或第(2)行中所填寫的內容，您可以致函發展殘障服務處地區辦事處 地區的 ，以便對您的申請和本處的決定進行覆審。來函請寫明地址，並於本月最後一個辦公日之前寄往如下地址：

對於本處就您的服務需求程度所作的決定或者本處所批准的服務補助金額，您也可以提出申訴。申訴須在您收到本通知函後 28 天之內以書面方式提出。申訴處將為您安排一次公平聽證會。您的申訴書須寄往：

Department of Social and Health Services
Office of Administrative Hearing
PO Box 42489
Olympia WA 98504-2489

如果您有任何疑問，請電詢 ，電話號碼是 。

此致

發展殘障服務處
個案/資源管理員

附件：華盛頓州行政法規第 388-825 條

家庭幫助服務計畫日誌（請填寫一份，並在簽名之後寄回給本處）

家庭幫助服務計畫日誌（請填寫第二份，並保存好，以供您日後查閱）

回郵信封

副本抄送：檔案